FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918 — THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Albert MARION

Ancien Interne en Médecine et en Chirurgie
De la Maison et de la Crèche Départementales de la Seine
Médecin Aide-major aux Armées
Décoré de la Croix de Guerre

SUR

LES AFFECTIONS CUTANÉES

DANS LES CORPS DE TROUPE

Président : M. ROGER, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1918

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	TEISSIER N...
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Anatomie topographique	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Bactériologie	BEZANÇON
Clinique médicale	GILBERT DEBOVE CHAUFFARD WIDAL
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	N.
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU HARTMANN N.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUVIERE
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	SCHWARTZ (A.)
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SICARD
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	TANON
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	VILLARET
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	ZIMMERN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	
GOUGEROT	LEQUEUX	RIBIERRE	
GREGOIRE	LEREBOULLET	RICHAUD	
GUENIOT	LEGRY	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

HENRI MARION

Professeur de Philosophie
A la Faculté des Lettres de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

A MA MÈRE

En reconnaissance des sacrifices qu'ils se sont imposés pour me permettre de poursuivre de longues études.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MA FEMME

A MES SŒURS. A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MON COUSIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR GEORGES LEMOINE

Professeur de Clinique Médicale
A la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lille
Médecin de l'hôpital Saint-Sauveur

A LA MÉMOIRE DE

M. LE DOCTEUR AIMÉ GUINARD

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR G.-H. ROGER

Professeur de pathologie expérimentale et comparée
A la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

Qu'il veuille bien recevoir ici mes remerciements les plus vifs et l'expression de ma reconnaissance pour avoir bien voulu me faire l'honneur de présider ma thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

MONSIEUR LE PROFESSEUR THOINOT (*in memoriam*)
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laënnec

MONSIEUR LE DOCTEUR RIBIERRE
Professeur agrégé à la Faculté de Paris
Médecin des Hôpitaux de Paris

MONSIEUR LE DOCTEUR GUINARD (*in memoriam*)
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUTIER
Chirurgien de l'hôpital Necker

MONSIEUR LE DOCTEUR LAUNOIS (*in memoriam*)
Professeur agrégé à la Faculté de Paris
Médecin de l'hôpital Lariboisière

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT
Professeur à la Faculté de Paris
Médecin de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE DOCTEUR THIBIERGE
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

MONSIEUR LE DOCTEUR RAVAUT
Médecin des hôpitaux de Paris

MONSIEUR LE DOCTEUR GUINON
Médecin de l'Hôpital Bretonneau

MONSIEUR LE PROFESSEUR SÉBILEAU
Professeur agrégé à la Faculté de Paris
Oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Lariboisière

MONSIEUR LE DOCTEUR LEMAITRE
Oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR BOISSARD (*in memoriam*)
Accoucheur de l'hôpital Lariboisière

Internat

A LA MÉMOIRE DE

MONSIEUR LE DOCTEUR EMILE REYMOND
Chirurgien de la Maison Départementale de la Seine
Mort au Champ d'Honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR SAPELIER
Ancien chef de clinique Médicale de la Faculté
Médecin de la Maison et de la Crèche Départementales de la Seine
Officier de la Légion d'honneur

A MES CAMARADES

OFFICIERS, SOUS-OFFICIERS ET SOLDATS
Du 341e régiment d'infanterie,
Du 304e régiment d'infanterie,
Du 36e régiment d'infanterie coloniale,
De l'ambulance 8/22

A MON RÉGIMENT

Le 282e régiment d'artillerie lourde

A SON COLONEL, A SES OFFICIERS, A SES HOMMES

AVANT-PROPOS

La pathologie du combattant a fait l'objet de nombreux travaux. Sa partie la plus importante, la chirurgie de guerre, a nécessairement tenté d'abord les chercheurs et nous n'en sommes plus à mesurer ses progrès. Le meilleur éloge qu'on puisse faire des résultats obtenus est de conseiller l'étude comparée des statistiques du début de la guerre et de celles d'aujourd'hui.

Au point de vue médical et hygiénique, la moisson n'est pas moins brillante. Les grandes épidémies, celles des affections typhoïdes notamment, qui désolaient jusqu'ici les armées en campagne, ont disparu et nous ne voyons plus cette situation lamentable des guerres précédentes où la maladie causait plus de mortalité que les projectiles.

Mais tous ces travaux et ceux, aussi nombreux, qui portent sur la pathologie médicale non épidémique, si profondément modifiée dans ses allures cliniques par les conditions spéciales d'existence du combattant, sont l'apanage du corps médical des ambulances et des hôpitaux ; assez bien installés en général maintenant, de mieux en mieux outillés, pourvus de laboratoires, récoltant tous les cas inté-

ressants, ces travailleurs ont su mettre à profit un si vaste champ d'études.

Le médecin de corps de troupe a un rôle plus effacé. Au point de vue chirurgical, il ne peut guère faire que de l'extrême urgence et de l'emballage. Au point de vue médical, il ne peut soigner que des indispositions passagères et sans gravité et veiller à l'hygiène du corps. Cependant lui aussi a travaillé : il a cherché les moyens les plus efficaces de secourir rapidement nos blessés, étudié leur relève et leur transport et dans quelles conditions il fallait organiser le poste de secours pour en obtenir le maximum de rendement. C'est un médecin de bataillon, le Dr Fiolle, de Marseille, glorieusement tué à l'ennemi depuis, qui avait créé le premier poste chirurgical avancé.

En dehors de ces importants détails d'organisation, il reste quelque chose à étudier pour le médecin de corps de troupe : ce sont les petits malades qui se présentent quotidiennement à sa visite. Certes, la moyenne des cas est d'une banalité qui lui enlève tout intérêt. Cependant nous avons été frappé de la place considérable que tenaient les affections cutanées dans cette pathologie du corps de troupe, du nombre de journées d'indisponibilité qu'elles entraînaient, de l'allure clinique spéciale qu'elles affectaient et parfois de leur résistance particulière à l'action de médications classiques. D'autre part, nous nous trouvions en présence de moyens thérapeutiques qui pouvaient paraître réduits.

C'est pourqui nous avons pensé qu'il pouvait y avoir intérêt à chercher les causes de cette extension des affections cutanées, à en montrer les formes cliniques les plus fréquentes, à en déduire les indications thérapeutiques, suivant les moyens dont nous disposons. Cet exposé purement clinique — car les moyens de laboratoire nous ont manqué — sera le résumé de nos constatations courantes et de notre pratique habituelle depuis de longs mois. Chemin faisant, nous aurons à dire un mot sur quelques dermites artificielles, car c'est une des formes de simulation qui subsiste, forme assez anodine, puisqu'à moins d'erreur du médecin traitant, le malade n'arrive pas à obtenir l'évacuation désirée et ne peut bénéficier tout au plus que de quelques jours d'indisponibilité au corps.

SUR LES AFFECTIONS CUTANÉES
DANS LES CORPS DE TROUPE

STATISTIQUE

Les affections cutanées s'accroissent en nombre et en gravité ; c'est un fait. Nous n'en pouvons donner de preuve statistique, car nous avons négligé cette statistique au début de la guerre, mais combien de fois avons-nous entendu cette phrase : « Moi qui n'avais jamais eu un furoncle ou une engelure avant la guerre, j'en ai maintenant constamment ? » Et sur la question gravité, l'observation courante donne une réponse si nette que nos infirmiers nous disent : « Au début de la campagne tous ces furoncles se guérissaient comme par enchantement. Un quart d'eau quelconque, même pas bouillie, dans laquelle on faisait dissoudre un comprimé d'oxycyanure de mercure, telle était la base de nos pansements humides qui vidaient un furoncle en trois jours sans récidive. Et maintenant on n'arrive plus à les guérir. Nous sommes loin, en effet, de cette bénignité d'autrefois. Le furoncle isolé est devenu rare, la furonculose constante.

Si l'on veut avoir une idée de l'extension prise par les affections cutanées et du trouble qu'elles apportent dans l'exécution du service, il suffira d'un coup d'œil sur le tableau suivant. Nous y avons relevé le nombre des indisponibles mois par mois pendant six mois, en faisant ressortir les indisponibilités dues aux affections cutanés. Le décompte par mois nous sera utile pour chercher à connaître l'influence du froid. Enfin un autre chiffre donne le nombre des hommes ayant fourni ce nombre de journées d'indisponibilité; il montre la fréquence des récidives chez le même individu et la vraie infirmité que crée pour lui sa dermatose.

Mois année 1917-18	Nombre de journées d'indisponibilités	Indisponibilités dues aux affections cutanées	Proportion	Nombre de malades dermatologiques
Août.....	126	54	44,4	14
Septembre.	94	31	31,2	13
Octobre....	115	23	20	8
Novembre..	113	41	36,3	17
Décembre..	279	82	29,4	29
Janvier....	210	94	44,8	16
Février....	92	25	27,2	6
Total....	1029	350	34	68

CAUSES DE LA FRÉQUENCE DES DERMATOSES

Quelles sont les causes de la fréquence des dermatoses aux Armées ? La question est difficile à résoudre car les causes des dermatoses restent toujours obscures. Un certain nombre de facteurs sont pourtant connus, et ces facteurs sont précisément largement présents dans la vie militaire.

L'alimentation du soldat est excellente, mais diffère sensiblement des habitudes de la plupart. Pour les cultivateurs qui forment le gros de la troupe, elle comporte généralement plus de viande que leur nourriture habituelle. Car encore maintenant à la campagne la viande n'entre qu'exceptionnellement dans le régime courant, dont le pain et la pomme de terre forment la base ; or le soldat en mange à chaque repas. Ce régime trop azoté est fréquemment cause de constipation. Qu'il faille ou non incriminer la constipation, il est certain que la peau subit souvent la conséquence d'un tel régime, et nous avons presque toujours vu les dermatoses s'accompagner de troubles digestifs ; d'autre part nous croyons que le *pain* doit souvent être incriminé ; s'il est généra-

lement bon, fait avec des farines de toute première qualité, il n'en est pas moins souvent mal levé, insuffisamment aéré, parfois mal cuit. En outre les conditions de sa distribution font que, visibles ou non, il présente parfois des moisissures.

Le second facteur prédisposant aux dermatoses, c'est le **froid**, et plus encore les incessantes variations de température contre lesquelles le soldat est mal protégé. L'influence du froid est indéniable, et notre statistique la fait bien ressortir, puisque le mois pendant lequel le pourcentage des dermatoses s'est montré le plus élevé a été justement le plus froid de la période sur laquelle elle porte. Comment agit le froid ? Il faut, croyons-nous, donner une part prépondérante à son action vaso-constrictive, à l'ischémie qu'il provoque sur le tégument. Mais il faut dire aussi qu'il pousse les hommes à s'accumuler dans des cantonnements étroits, poussiéreux, à air confiné, à augmenter leur intoxication interne par l'augmentation de l'alimentation carnée, enfin et surtout à s'entasser près des poêles, à se chauffer, provoquant ainsi ces gelures superficielles, ces menues éraillures du tégument qui sont autant d'entrées aux microbes pathogènes.

La **fatigue** joue un rôle important dans toutes les maladies du soldat, y compris les dermatoses. Le manque de sommeil et son irrégularité, les efforts physiques répétés, plus encore que les efforts violents, l'insuffisance fréquente des moyens de couchage, qui fait que l'homme se réveille ayant froid,

endolori, plus fatigué qu'il ne s'est couché, les longues marches avec le sac, mettent tout l'organisme dans un état de déchéance plus ou moins accusé, pour lequel le mot de misère physiologique serait trop fort mais qui est tout de même un état de moindre résistance. Le moindre accroc sur ces tissus mal nourris, auto-intoxiqués, se traduit par une infection quelquefois grave. Le moindre exemple en est la forme sérieuse que prennent si facilement les gelures ou les excoriations banales du pied des fantassins hyperhydrosiques, car la **sueur** joue aussi un rôle important sur lequel nous reviendrons.

Il n'est pas jusqu'aux **émotions** qu'on ne puisse incriminer pour les troubles circulatoires passagers on permanents qu'elles amènent, par leurs actions vaso-motrices successives, aussi par l'influence dystrophique manifeste d'un système nerveux en équilibre instable sur tous les organes, y compris le tégument. Personne, a-t-on dit, ne peut se vanter de n'avoir jamais eu peur. Mais en dehors de ces émotions dues au danger, auxquelles l'homme réagit plus ou moins suivant sa constitution nerveuse, il faut envisager aussi le trouble constant de l'affectivité, l'influence de l'éloignement, des soucis de famille ou d'affaires, de l'isolement moral. Cette action des émotions sur les manifestations cutanées n'est pas une vue personnelle ; il en est des exemples de notion courante, dans l'herpès génital par exemple. « Nous avons vu certains sujets en présenter une

poussée chaque fois qu'ils changeaient de maîtresse ». (Audry) ; cela n'est pas purement physique.

Nous croyons qu'il faut faire une part aussi au **changement de vie** au point de vue **sexuel**. Nous avons tous entendu dire de ces adolescents dont le visage se couvre de vésicules d'acné : « C'est qu'ils sont trop sages ». Et de fait nous avons souvent vu, chez des furonculeux par exemple, les poussées éruptives disparaître pendant les permissions et ne revenir que quelque temps après le retour. Il est certain que, chez certains sujets, le besoin génital se traduit par un malaise général accompagné de bouffées de chaleur, de congestion de la face et des téguments. Quoi d'étonnant à ce qu'un pareil état provoque, ou du moins favorise l'apparition d'une dermatose ?

Mais les vraies causes des dermatoses, et surtout des pyodermites chez le soldat, les plus communes, sont les **causes externes**, l'insuffisance d'observation des règles d'hygiène personnelle élémentaire et la fréquence des souillures et des érosions accidentelles de la peau.

Partout, toujours, dehors, en ligne, au cantonnement, le soldat est exposé à des contacts septiques. C'est la terre des travaux de terrassement, c'est la poussière du chemin, ce sont les souillures constantes de la paille de couchage, insuffisamment, quoique fréquemment, renouvelée. C'est le contact permanent avec des vêtements qui ont récolté toutes les saletés de la route. C'est le va et vient dans les cantonnements avec des chaussures chargées de boue. Enfin,

pour tous, c'est le contact permanent avec la graisse des armes, les mille occasions d'excoriations par lésions de grattage et surtout par les petits accidents de la vie courante, chez des hommes qui ont à manier un matériel lourd comme l'est celui de l'artillerie, comme le sont les matériaux de construction des abris. Et, pour beaucoup, à ces causes de souillures viennent s'ajouter celles qui résultent du contact des chevaux.

Or, qu'a le soldat pour lutter contre tant d'ennemis ? L'eau du ruisseau, quand il y en a un, glacée l'hiver, souvent souillée elle-même bactériologiquement ou irritante chimiquement. On comprend que, s'il n'a pas la volonté arrêtée de se tenir propre malgré les difficultés, l'individu pourra être la proie de toutes les infections cutanées. Cependant on peut lutter contre ces infections et l'emploi réglementé d'appareils d'hygiène tend de plus en plus à se généraliser. Nous en reparlerons.

THÉRAPEUTIQUE

Nous venons de voir la fréquence des affections cutanées aux Armées. Nous en avons étudié les causes, générales ou plus spécialement dûes aux conditions particulières d'existence du combattant. De ces notions il nous reste à tirer les **indications thérapeutiques** dans les corps de troupe à moyens réduits mais généralement suffisants. Ces indications générales seront détaillées au fur et à mesure de l'étude de chaque dermatose en particulier.

Hygiène alimentaire. — L'hygiène alimentaire, si importante dans toutes les dermatoses, est nulle chez le troupier. Organiser un régime et le faire suivre est déjà d'une grande difficulté en pratique courante : c'est une utopie en pratique militaire dans les corps de troupe. Tout au plus pouvons-nous conseiller et obtenir la suppression du chocolat, du café, des sucreries, dont le soldat est friand comme un enfant, recommander une mastication sévère. Nous pouvons préconiser la diminution de la consommation du *pain*, car nous sommes convaincus, avec M. Sabouraud, que le pain, même bon, cause plus de troubles digestifs et, partant, cutanés, qu'on ne le

dit, et notre pain actuel n'est pas des plus légers, Nous pouvons aussi obtenir dans une certaine mesure la régularité dans les repas et la suppression de la suralimention quand elle existe. De même nous pouvons obtenir directement du commandement certaines modifications dans les suppléments de l'ordinaire, la variété (toujours bien limitée) dans la composition des repas, l'usage des légumes frais ou même des fruits. Mais toutes ces recommandations se heurtent à de grosses difficultés pratiques et nous ne pouvons compter sur elles pour agir efficacement sur les dermatoses.

Thérapeutique médicamenteuse interne. — Quand un malade nous arrive porteur d'une dermatose qui semble plus ou moins imputable à des troubles digestifs, comme ces vastes placards d'urticaire que l'on voit parfois, comment faire pour désinfecter son tube digestif ? Nous venons de voir qu'il ne fallait pas compter sur un régime qui ne sera pas et ne peut pas être suivi. Dans bien des cas le médicament héroïque sera un *purgatif* ; si l'organisme acquiert de nouvelles toxines, au moins est-il indiqué de le débarrasser de celles qu'il contient dès maintenant. Ce purgatif, sulfate de soude ou de magnésie le plus souvent, sera administré à dose massive d'emblée, puis complété, aidé par les antiseptiques intestinaux. Leur nombre est assez restreint dans les corps de troupe ; cependant ils sont encore plus nombreux qu'il n'est nécessaire. Le

salol est sans intérêt, parfois nuisible, le **charbon** anodin. Le **benzo-naphtol**, excellent, nous manque. Restent le **sulfate de soude** qui, administré avec continuité par doses quotidiennes de 5 à 10 grammes, fait preuve de qualités antiseptiques parfaites ; le **calomel** : 10 centigrammes tous les matins, enfin les **ferments lactiques** (*lactéol*), qui nous ont donné d'excellents résultats.

Hygiène générale. — Mais la prophylaxie la plus sûre, c'est l'hygiène de la peau elle-même, hygiène individuelle et collective. Eviter les occasions de contamination cutanée et rendre la peau moins apte à cultiver les pyogènes habituels, nous le pouvons dans une certaine mesure.

Les cantonnements des hommes présentent à ce point de vue un double inconvénient : ils sont **froids** et **poussiéreux**. Contre le premier inconvénient on luttera, suivant les ressources locales, par l'installation de poêles en hiver, mais en tous cas en pratiquant le mieux possible *l'aménagement du cantonnement*. L'air n'a jamais fait de mal à personne, c'est vrai, mais la flèche glacée d'un courant direct sur la peau nue l'altère, peut la frapper directement de gelûre, ou simplement la mettre en état de trophisme insuffisant qui l'exposera à transformer en pyodermite la moindre piqûre septique, voire le moindre choc. L'exemple nous en a été abondamment fourni pendant le mois de décembre, où nos cantonnements étaient déplorables par un froid rigoureux. Il est

donc indiqué d'éviter ces courants d'air étroits, de boucher ces légères fentes du plancher, du toit ou des parois qui les amènent, d'aérer et d'éclairer largement les cantonnements, mais par des ouvertures suffisamment larges et spécialement disposées à cet effet et non directement tournées vers les dormeurs.

Contre les poussières septiques, nous sommes moins bien outillés. Nous pourrons les éviter en partie en nettoyant avec soin les cantonnements, en recommandant aux hommes de nettoyer leurs chaussures ou de les enlever avant de gagner leur place, en pratiquant fréquemment des aspersions antiseptiques. La paille de couchage, soigneusement relevée, laissera place à des passages où le sol ne subira que le balayage humide. Contre les piqûres directes de la paille souillée, nous recommanderons autant que possible la couchette individuelle, fréquente maintenant dans certains cantonnements d'arrière, la paillasse, ou tout au moins l'interposition d'un linge, d'une étoffe entre la paille et la peau nue.

Enfin pour éviter que les pyogènes accomplissent leur rôle néfaste, nous exigerons la plus stricte *propreté individuelle*. Ces soins d'hygiène corporelle, qui semblaient au début de la campagne un desideratum irréalisable, nous pouvons maintenant les imposer. Partout on trouve de l'eau. Or, s'il est quelquefois loisible au troupier de prétendre que l'eau froide lui fait du mal (et par des températures comme celles que nous avons subies ces deux derniers hivers l'eau froide est souvent pénible, parfois même nui-

sible) son objection devient sans valeur si on lui fournit de *l'eau chaude* dans un *local fermé*. Il est exceptionnel que ce soit irréalisable. Presque tous les corps de troupe, en effet, possèdent actuellement un **appareil à douches**. Le système, presqu'uniforme, en est très simple. L'eau, puisée directement à la rivière, à la source, ou amenée par seaux dans une cuve de réserve, est élevée par une pompe spéciale dans un réservoir situé à 2 m. 50 du sol, environ. Un système de tuyaux l'amène au contact d'une petite chaudière alimentée au bois, où sa température s'élève. Au fur et à mesure de son échauffement, cette eau s'élève et se répartit dans deux tubes horizontaux portant chacun quatre pommes d'arrosoir. Avec quelques caillebotis en bois blanc soigneusement raboté, posés sur un sol légèrement incliné et pourvu d'une rigole d'écoulement pour les eaux usées, l'installation de la salle de douches est complète. A défaut de cet appareil si répandu, une installation de fortune est toujours facile à créer. Nous en avons vu une où toute l'installation se bornait à 8 baquets dans une pièce close. L'eau froide était fournie par une corvée ; deux infirmiers préparaient sans relâche de l'eau chaude sur un foyer improvisé.

Cette installation sera toujours utile, tant au point de vue *prophylactique* qu'au point de vue *curatif*. Nous l'avons vue suffire à assurer le traitement des galeux de tout un secteur de corps d'armée, à un moment où la gale sévissait gravement. Toutes les

dermatoses n'en seront pas justiciables, certaines d'entr'elles, comme l'eczéma, n'aimant pas l'eau, mais elle rendra les plus grands services dans les dermatoses parasitaires et les pyodermites et cela seul devrait suffire à la faire organiser partout, dès qu'il y a possibilité, soit par stabilité de la position, soit par durée suffisante du repos. Lorsqu'on trouve un local tout prêt, deux heures suffisent pour l'aménager. Dans le cas contraire, il faut compter une demi-journée. Il est presqu'inutile d'ajouter qu'à la douche, et même fréquemment en dehors d'elle, les cheveux, toujours tenus courts, seront soigneusement savonnés : beaucoup de furoncles du cou ou d'impétigos du cuir chevelu, voire des lésions suppuratives de la face, sont dus à l'abstention de cette précaution élémentaire.

Thérapeutique médicamenteuse externe. — Nous possédons beaucoup de médicaments pouvant être utilisés en dermatologie ; mais les excipients (axonge, lanoline) nous manquent ; l'huile n'existe que sous forme d'huile camphrée. Nos pommades sont toutes à base de vaseline ou de glycérolé d'amidon.

Parfois irritant, l'acide borique est un antiseptique trop faible pour être très utile. Ses *solutions* n'offrent pas grand avantage sur l'eau bouillie simple, dont *l'acide borique* peut parfois parfaire la stérilisation. Dans les *poudres* composées, il joint son action antiseptique à celle des médicaments qui lui

sont adjoints, et comme tel il peut trouver des indications limitées.

L'amidon en *poudre* est calmant, adoucissant, mais il est malpropre, fermente, forme pâte avec les sécrétions des plaies ou les excrétions cutanées. Sous forme de *glycérolé* il est excellent comme calmant des érythèmes et lésions irritatives. Les *cataplasmes d'amidon* détergent bien les lésions croûteuses (impétigo, eczéma) et préparent bien la place à des médicaments plus topiques.

Les **sels de bismuth**, employés en poudre, sont desséchants : on les associe avantageusement au talc dans le traitement de l'hyperhydrose.

L'**iodoforme** est irritant, très antiseptique d'ailleurs et kératoplastique. Son odeur est très désagréable. Nous ne voyons d'indication nette à son usage que dans le cas classique du chancre mou. Cependant nous l'utilisons volontiers sous forme de **Pommade de Reclus** pour activer la cicatrisation de certains furoncles bien vidés.

L'**oxyde de zinc**, trop connu, n'est pas toujours sans danger. Bon cicatrisant, il se montre parfois irritant. Il désinfecte bien les plaies et favorise leur bourgeonnement. Sous forme de *pommade*, hors le cas de certains eczémas, il nous a paru agir le plus souvent d'autant mieux qu'il était mieux noyé dans l'excipient : c'est alors une action isolante et détersive dans laquelle l'**oxyde de zinc** ne paraît guère agir que comme antiseptique léger pour protéger la lésion des souillures du pansement.

Le **soufre** est un des meilleurs médicaments dermatologiques. Kératolytique ou kératoplastique suivant la forme de son emploi, c'est le médicament héroïque de la gale, mais c'est aussi celui des séborrhées, des peaux grasses, des pityriasis, des impétigos, de nombreuses acnés.

Le **talc**, poudre inerte excellente, sèche rapidement les herpès, réussit, associé au bismuth, dans les hyperhydroses plantaires avec bromhydrose. Dans quelques cas de plaies suintantes atones, que d'autres médicaments entretenaient ou irritaient, nous avons vu le suintement s'arrêter et la cicatrisation se faire sous un simple pansement au **talc**, qui serait donc moins inerte et plus topique qu'il n'en a la réputation. La difficulté est de le conserver suffisamment stérile ; on y arrive en le gardant en flacons bien bouchés et en ne l'utilisant qu'en poudrages. Il paraît d'ailleurs peu propice aux cultures microbiennes et ne fermente pas.

L'**acide picrique**, kératoplastique de choix, jouit de propriétés analgésiantes. On l'emploie en attouchements en solution saturée, puis on recouvre d'un pansement sec. Le *pansement humide picriqué*, si employé dans les brûlures, peut se montrer vésicant, surtout s'il est recouvert d'un imperméable. La *vaseline picriquée* réussit dans les excoriations banales, de même que la vaseline au tannin.

La **teinture d'iode** est caustique, même dédoublée suivant la formule réglementaire dans l'Armée. Elle désinfecte et ravive bien les plaies suppurantes

atones. On lui substituera avec avantage les **vapeurs d'iode métallique**, facilement obtenues en chauffant légèrement de l'iode métallique dans un petit insufflateur à poire. Si on emploie la *teinture*, il faudra se méfier de la vésication, l'étaler de préférence avec un vaporisateur (modèle de toilette courant) plutôt qu'avec un tampon. Jamais de pinceau bien entendu. Ne mettre le pansement que lorsque la couche de teinture est bien séchée.

Employés localement en lotions ou en attouchements par le médecin lui-même, les **sels de mercure** peuvent être utiles. Il n'est pas sans danger de les laisser manier par les infirmiers qui, même consciencieux, se rendent mal compte de leur toxicité. Jamais de pansements au sublimé ; l'inoffensif oxycyanure pourra être toléré à faible dose. Comme topiques locaux, le *sublimé* et le *nitrate acide* ont leurs indications nettes, mais ne doivent jamais être confiés au malade ou à un infirmier. Le **nitrate d'argent** est passible des mêmes réserves. S'en servir pour cautériser une plaque muqueuse, pour détruire un bourgeon exubérant, pour toucher un point saignant, doit être l'œuvre du médecin lui-même. Il en est de même pour **l'acide phénique** qui ne servira jamais, à quelque taux que ce soit, à faire un pansement. **L'huile de cade**, très irritante, demande à être maniée prudemment. C'est le médicament de choix des psoriasis et de nombreux eczémas. Nous l'employons peu faute de pouvoir en surveiller l'application.

Le **sparadrap diachylon**, d'un usage très courant, ne nous paraît pas mériter cette faveur. Nous ne l'employons guère que dans les excoriations banales, en bandelettes imbriquées. Son emploi entraîne généralement un suintement séro-purulent qui n'empêche pas la cicatrisation sous-jacente. Plus utile, mais aussi malpropre, est **l'emplâtre mercuriel de Vigo** ; il cicatrise assez vite, sans les faire suppurer, les cratères profonds des ecthymas ou les pertes de substances consécutives à l'acné nécrotique grave.

L'**emplâtre caoutchouté simple** sert à fixer les pansements des régions découvertes.

Enfin le **sparadrap, l'épithème à l'oxyde de zinc** est très pratique pour éviter un grand pansement.

Le **thermocautère** a été employé par nous soit par contact direct, soit en utilisant sa chaleur rayonnante pour remplacer la douche d'air chaud.

Nous avons toujours vu un avantage à n'employer le **bistouri** qu'avec discrétion, pour soulever une croûte ou percer une vésicule plutôt que pour faire une large effraction dans la zone inflammatoire. Cette incision précoce est très douloureuse et n'empêche pas les récidives. Bien préférable est la **Méthode de Bier** par congestion passive. Nous avons vu la **ventouse** réussir comme moyen abortif ou curatif dans nombre de cas.

Le **pansement humide**, à l'eau bouillie pure ou additionnée d'une faible proportion d'eau oxygénée

neutre, nous a paru le traitement de fond des pyodermites. Il sera renouvelé fréquemment de façon à être toujours très humide et chaud, formant un véritable bain local. Il sera prudent de limiter sa zone d'action en l'entourant d'une pommade ou d'un emplâtre protecteur sur lequel viendront s'appuyer les bords du pansement. La formule de Brocq est à recommander :

Lanoline. }	
Vaseline. }	ââ 15 grammes.
Oxyde de zinc.	10 grammes.

La même précaution sera prise pour le **cataplasme,** qu'il soit fait à **l'amidon** ou à la **farine de lin.** Ce dernier agit bien en conservant longtemps sa chaleur et son humidité. Mais il est malpropre, septique, et offre plus d'inconvénients que d'avantages si l'on néglige la précaution sus-indiquée.

On voit par cette énumération incomplète que nos moyens de lutte contre les dermatoses sont assez nombreux et variés. Les plus importants nous manquent cependant puisque nous n'avons ni le régime ni les différents vaccins et auto-vaccins qui ont donné de si beaux résultats en d'autres mains.

Comment utiliser ces moyens ? Lesquels choisir ? C'est ce que nous apprendra l'étude méthodique des cas qu'il nous a été donné de voir aux Armées.

FORMES CLINIQUES

Au point de vue clinique spécial qui nous occupe, nous pouvons diviser très schématiquement les affections cutanées en quatre catégories :

1° **Les dermatoses proprement dites,** rareté en pratique courante de corps de troupe et n'influant qu'exceptionnellement sur l'accomplissement du service ; par exemple les *psoriasis*, les *pityriasis*, les *pelades*, les *vitiligos*, etc.

2° **Les dermatoses parasitaires**, essentiellement composées ici de la *gale* et des *phtiriases*.

3° **Les dermatoses d'origine alimentaire,** toxi-infectieuses, aiguës. Une seule forme courante, peu fréquente, l'*urticaire*.

4° **Les pyodermites,** en y faisant entrer toutes les affections suppurantes de la peau, depuis l'*acné* jusqu'à l'*anthrax*.

Enfin, mélangées à ces quatre catégories, affectant toutes les formes, et même cette atypie, cette hybridité de formes est un symptôme qui doit attirer l'attention, se montrent les **dermites artificielles,** conséquences du contact obligatoire de certaines substances chimiques, ou volontairement provoquées dans le but, rarement atteint, d'obtenir une évacuation.

DERMATOSES PROPREMENT DITES

Nous avons peu eu l'occasion de voir des dermatoses qui ne se rattachent pas plus ou moins directement au genre de vie nouveau qui nous est imposé. Un seul cas de **psoriasis**, d'ailleurs fort étendu, nous a été présenté. Comme il ne s'accompagnait d'aucun accident général et notamment pas de douleurs articulaires, nous lui avons appliqué un traitement purement externe à base d'*huile de cade*. Le malade, qui n'appartenait pas au groupe, ne nous a pas été montré à nouveau et nous ignorons ce qu'il est devenu. Malgré le manque de *goudron*, que nous considérons comme un traitement presque spécifique de cette affection, nous avons guéri assez rapidement une poussée de **dysidrose** par de simples applications de vaseline à l'*oxyde de zinc*. Quelques cas d'**herpès**, surtout génital, ont cédé à un traitement purement local par les soins de propreté, les lotions permanganatées ou oxygénées faibles et les poudres inertes, surtout le *talc*, après un bon séchage. Un seul de ces cas, que nous observons actuellement, s'est montré rebelle et affecte une allure zostériforme. Il se compose, localisation

curieuse, de deux plaques des dimensions d'une pièce de 2 francs sur chaque région deltoïdienne, accompagnées de vives démangeaisons et de quelques douleurs vagues. Traité d'une façon assez irrégulière par des lotions alcoolisées (eau de Cologne), suivies d'applications de poudres inertes ou de pommades à l'oxyde de zinc additionnées d'un peu d'huile de cade suivant l'aspect de la plaque, il affecte une allure pour ainsi dire rémittente. Les vésicules se dessèchent, forment croûtes et font croire à la guérison, mais un ou deux jours après survient au même endroit une nouvelle poussée de vésicules avec redoublement du prurit.

Quant aux **pityriasis**, ils se sont bornés pour nous à quelques cas de *pityriasis capitis* banal n'entraînant pas de grandes chutes de cheveux et facilement améliorés par les savonnages de la tête auxquels nous avons joint une ou deux fois quelques lotions soufrées. Nous avons en traitement plusieurs cas de **pelade** qui nous ont donné de nouveau l'occasion de constater la coïncidence de cette affection avec le mauvais état de la dentition. Teinture d'iode et lotion excitante, suivant la formule de l'hôpital Saint-Louis :

Ammoniaque.....	8	grammes
Essence de térébenthine...	25	—
Alcool camphré.....	167	—

semblent avoir arrêté l'évolution des plaques peladiques, mais la repousse des cheveux ne se dessine pas encore.

Nous n'avons vu qu'un cas de **trichophytie.** Encore était-ce une trichophytie des parties glabres (cou) dont l'unique plaque, pourtant grande comme une pièce de 5 francs, a disparu assez rapidement sous l'action du nettoyage et des applications vigoureuses de *teinture d'iode.*

Les **végétations** des organes génitaux, dont nous avons vu plusieurs cas, ne présentaient rien de particulier. Toujours présentées dès leur constatation, peu étendues, nous en sommes toujours venus à bout sans récidive par l'ablation aux ciseaux fins suivie d'attouchement de la base d'implantation à la pointe fine du thermocautère. Les **verrues** se montrent plus rebelles. Que ce soit, comme on l'a dit, réensemencement par une goutte de sang au moment de l'ablation ou tout autre cause, nous les avons, jusqu'ici, vues récidiver avec une constance désespérante. Nous aurions voulu en essayer le traitement, récemment préconisé, par séances d'insolation à la loupe, mais nous n'en avons pas eu l'occasion.

Les différentes manifestations de la **syphilis** intéressent peu le médecin de corps de troupe. Les accidents primitifs et secondaires entraînent en effet actuellement l'évacuation immédiate sur le centre spécial. Tout au plus traitons-nous directement quelques plaques muqueuses quand elles ne se montrent pas trop rebelles et que le malade, ayant déjà eu un traitement sérieux par les arsenobenzols, supporte bien au corps le traitement mercuriel. De même nous hésiterions — le cas ne s'est pas encore pré-

senté — à traiter au corps un **chancre mou**, pour la double raison de sa grande contagiosité et de l'erreur de diagnostic toujours possible qui nous fait une règle d'envoyer le malade là où il peut avoir un diagnostic certain par la réaction de Bordet-Wassermann et un traitement énergique et immédiat.

On voit que les dermatoses pures sont la minorité et n'offrent pas un intérêt pratique considérable pour le médecin de corps de troupe. Les dermatoses parasitaires, toxi-alimentaires, pyogenes, les brûlures, gelures, dermites artificielles lui sont un plus large champ d'observation.

DERMATOSES PARASITAIRES

Les **dermatoses parasitaires** que nous voyons journellement sont de deux sortes : 1° *la gale* ; 2° *les phtiriases*.

La **gale** est très fréquente aux Armées. Elle l'a été davantage encore. Sa fréquence diminue avec l'organisation méthodique de l'hygiène individuelle et aussi avec la décision prise de n'accorder aucune permission de convalescence à la suite de gale ou d'affection vénérienne. En effet ces affections éminemment transmissibles prenaient trop facilement l'allure épidémique. Nous nous rappelons avoir vu dans un centre de triage d'éclopés, au début de la campagne, quand on évacuait tous les blennorragiens, même non compliqués, une longue théorie de soldats tous frappés par le gonocoque. Je ne sais si la chose a été démontrée, mais on se répétait que les urèthres se faisaient volontiers cadeau l'un à l'autre de la bienheureuse goutte qui assurait l'évacuation. Il est probable qu'il en a été de même pour la *gale*. Cependant on a certainement exagéré les difficultés de contagion de cette affection, car si on débarrasse facilement l'individu de ses sarcoptes, il est bien plus

difficile d'obtenir la désinfection totale de son paquetage. Les couvertures conservent longtemps le parasite, et nous avons vu des hommes très sérieux, n'ayant pas été en permission depuis longtemps, n'ayant eu, de façon certaine, aucun contact suspect, être contaminés soit par la promiscuité du cantonnement, soit par une couverture empruntée mal à propos. C'est qu'en effet la gale a conservé dans le milieu militaire sa réputation malpropre et déshonorante. Le malade qui en est atteint s'en vante rarement, ne vient à la visite qu'après avoir longtemps souffert, lorsqu'il présente des lésions étendues, que sa gale s'est infectée, qu'elle a pris l'allure d'un eczéma rebelle ou d'une pyodermite généralisée. Et encore à ce moment, quand le diagnostic trop facile saute aux yeux les moins avertis, c'est un sursaut d'étonnement et une protestation dégoûtée lorsqu'on l'annonce au patient.

Nous avons dit que le **diagnostic** s'impose en général à première vue. Dans quelques cas cependant il est plus difficile, soit que le malade, plus sensible ou ayant des raisons de craindre, se présente alors que les lésions sont très limitées, soit au contraire que l'extension des lésions de grattage égare le diagnostic vers une *phtiriase*. On voit encore parfois ce qu'à Saint Louis nous appelions *la gale des gens propres*. Cherchez, suivant les conseils de M. Sabouraud, les points d'élection, et ne comptez pas trop sur un sillon caractéristique. Que les lésions se localisent à la face antérieure des *poignets* ou des *ais-*

selles, où elles créent des plis radiés épaissis et rougeâtres, autour du *mamelon* (cette localisation est fréquente même chez l'homme), que vous en trouviez la signature sur le *gland* ou le *fourreau* de la verge, le diagnostic est certain. Même si votre malade ne présente aucune lésion de *l'espace interdigital*, pour peu qu'aux signes précédents s'ajoute celui du *prurit* du début de la nuit, faites-lui faire une frotte et vous le débarrasserez rapidement. Le **traitement** est facile à faire au corps, pour peu qu'il soit muni d'un appareil à douches, car la pommade d'Helmérich, sous le nom de pommade antipsorique, ne nous manque pas.

Voici la technique de la **frotte**, telle que nous la pratiquons dans les gales banales. Friction au savon noir à sec, suivie d'un brossage énergique sous la douche tiède (juste assez d'eau pour bien répartir le savon). Ce brossage passera partout (on emploie une petite brosse à ongles en tampico) sauf sur la face, la verge et le scrotum, qui seront savonnés à la main, et durera environ une demi-heure. Rinçage à l'eau pure ; étalage sur le tégument de pommade d'Helmérich qui y est laissée environ vingt-quatre heures. Le lendemain matin savonnage au savon blanc pour enlever la pommade et poudrage au talc.

Nous considérons pourtant comme exceptionnel qu'une seule frotte suffise à nettoyer un galeux dans ces conditions. Deux ou trois séances sont nécessaires, mais il convient de les espacer et de calmer

l'irritation de l'épiderme dans leur intervalle. Car trop souvent cette irritation vous ramène le malade, pourtant guéri, qu'une nouvelle frotte endommage si vous ne savez pas faire au soufre la part qui lui revient dans ces nouveaux accidents.

Les **complications** de la gale sont de trois ordres: 1° *l'étendue des lésions de grattage* qui forment un véritable prurigo persistant malgré la mort ou la disparition du parasite ; 2° *les pyodermites* ; 3° *l'eczéma chronique* consécutif à une gale ayant duré longtemps avant d'être traitée.

Quelqu'**étendues** que soient les **lésions de grattage**, et même si on n'y trouve pas trace de parasite, il faut d'abord faire une frotte de sécurité. Cette frotte est pénible et irrite le tégument, mais elle est indispensable, car s'il reste quelque parasite tout sera à refaire, cependant si le malade s'est si copieusement gratté qu'il ne semble pas qu'un seul sillon ait pu résister, la frotte sera remplacée par une simple application, un peu vigoureuse, de pommade soufrée Helmérich-Hardy. Mais ensuite, après un bain ou une douche avec savonnage léger au savon blanc pour enlever toute trace de pommade et finir de décaper la peau, l'irritation sera calmée par une pommade adoucissante. Nous n'en avons pas trouvé qui soit préférable au *glycérolé d'amidon* ou simplement à la vaseline à l'amidon à 10 o/o. Si l'amidon agit trop lentement, on accroîtra son action en en faisant précéder l'application de douches ou lotions

tièdes suivies d'un séchage parfait (poudrage au talc).

Quelle que soit l'étendue des lésions, c'est encore à la frotte que l'on aura recours dans les **gales infectées.** Chacun sait comme le traitement local, individuel pour ainsi dire, des lésions suppuratives d'origine acarienne se montre impuissant alors qu'une frotte énergique suffit souvent à tout remettre en état. Certes la formule peut paraître brutale : la pommade d'Helmérich sur ces lésions détergées par le savonnage, le brossage lui-même au savon noir sont un véritable supplice pour le patient ; mais c'est un supplice très court qui n'a rien de comparable à la somme des petites interventions que nécessitent ces pyodermites interminables.

L'utilité de la frotte dans les **eczémas** d'origine acarienne semble plus contestable. Il est rarement nuisible de la pratiquer une fois pour s'assurer de la destruction du parasite, mais dans ces lésions prurigineuses qui tendent à se lichénifier, le soufre ne vaut pas grand'chose, surtout s'il s'accompagne de carbonate de potasse. Ces eczémas doivent être traités indépendamment de la gale originelle. Ce n'est plus de la gale, mais une lésion surajoutée, où le sarcopte n'a agi que par le prurit qu'il a provoqué et les lésions de grattage consécutives.

Phtiriases. — Les phtiriases que nous voyons sont de trois sortes : 1° **phtiriase de tête** (*pediculus capitis*) ; 2° **phtiriase inguinale** (*Phtirius ingui-*

nalis); 3° **phtiriase du corps** (*Pediculus vestimentorum*). Mais, contrairement à la pratique civile, les deux premières sont très rares et la dernière très fréquente. C'est qu'en effet, par persuasion ou par mesures disciplinaires, nous parvenons toujours à obtenir une hygiène suffisante de la chevelure. Le **pou de tête** vit mal dans les cheveux courts et ne résiste pas à quelques savonnages.

Le **pou du pubis** (*morpion*), plus tenace, est également rare. Cela tient à ce que, hors le contact direct, le contage s'effectue généralement par les latrines. Or l'armée utilise les feuillées, où l'absence de siège rend impossible les contaminations phtiriasiques. Lorsqu'elles se produisent nous utilisons généralement l'**onguent gris**. Nous n'aimons pas beaucoup ce médicament qui peut produire des érythèmes violents, voire une intoxication mercurielle aiguë avec stomatite, etc .. généralement sans gravité. En effet, si le malade se traite lui-même, pressé d'être débarrassé de ses parasites, il exagère les doses d'onguent, les renouvelle en attribuant au morpion l'irritation produite par le médicament et s'abîme la peau. Malheureusement le *thymol* et le *xylol*, si efficaces, propres, sans danger, n'existent pas dans nos approvisionnements régimentaires. Nous nous sommes vus une fois dans l'obligation de *raser le pubis*. L'effet désiré fut vite obtenu, mais l'opération est désagréable, la repousse des poils lente et pénible.

La **phtiriase du corps**, en revanche, est très

fréquente. Elle existe pour ainsi dire à l'état endémique aux Armées. C'est que le **pou de corps** voyage beaucoup, se transmet facilement et s'il est aisé de le détruire, on a grand peine à atteindre les lentes dans les replis de vêtements où elles se cachent.

Nous n'avons pas à faire la description d'un parasite si connu. Mais nous dirons quelques mots du **diagnostic**, les confusions avec la *gale* étant assez fréquentes. Comme dans la gale le **prurit** est surtout nocturne, mais il persiste le jour. Il est souvent impossible de trouver le parasite malgré sa présence certaine : le diaguostic se fera par la **topographie des lésions**. Ici, pas de lésions du poignet, de l'espace interdigital, des plis articulaires, de la verge. Le *pou de corps* travaille de préférence aux endroits où les vêtements serrés le font accumuler. La *ceinture*, la *région lombaire*, le haut de la bande molletière sont ses champs d'opérations préférés. Mais ce qui est presque caractéristique, ce sont les vastes traînées d'ongles entre les épaules. C'est là qu'il faut chercher la signature de la maladie.

Le traitement est simple. L'eau chaude et le savon en forment la base. On le complètera en calmant les lésions de grattage par l'amidon ou le talc, en poudre ou en pommade légère. Mais l'efficacité de ce traitement est nulle s'il n'est accompagné de la **désinfection** du linge de corps et des vêtements. La literie est rarement infectée, si le malade n'a pas gardé ses poux trop longtemps avant de se soigner. Mais les coutures du pantalon et de la vareuse sont de

vrais nids à lentes. Le linge de corps, enlevé le jour même de la désinfection personnelle, est savonné avec une eau légèrement alcaline de préférence, ou mieux bouilli si possible. Pour les vêtements de drap, la désinfection est plus compliquée, faute d'étuve. Le brossage enlève les lentes sans les détruire, en les disséminant, et ne les enlève pas toutes : il sera rejeté. Le procédé le plus pratique, que nous avons souvent employé avec succès, est le **fer chaud**. Une table quelconque, un foyer, deux fers de blanchisseuse, suffisent à détruire les lentes dans les replis les plus cachés du vêtement. L'homme se déshabille dans une pièce chauffée, passe tous ses vêtements au fer chaud dont la température suffit, et au delà, à « cuire » tous les œufs de poux, en fouillant du fer tous les replis des coutures. Il prend sa douche, met du linge de corps frais et est débarrassé de sa phtiriase.

Nous n'avons jamais vu, malgré un long séjour dans un régiment colonial, d'autres dermatoses parasitaires que la gale et les phtiriases. Il est donc presque toujours possible de traiter au corps ces affections, hors le cas où le fait d'être en ligne et en action nous interdit le montage de l'indispensable appareil à douches. Encore sera-t-il presque toujours possible de le monter à l'échelon ou au train régimentaire et d'y envoyer les hommes se faire traiter sous la direction d'un infirmier consciencieux et soigneusement instruit de ce qu'on attend de lui.

DERMATOSES ALIMENTAIRES

Nous serons bref sur les **dermatoses alimentaires**, rares et sans gravité aux armées. Le régime alimentaire est constant, monotone, mais sain, peu toxique et ne comportant qu'exceptionnellement des matières qui « portent à la peau ». Les rares cas observés sont dus à l'ingestion de charcuterie, conserves ou crustacés achetés dans le commerce ou, exceptionnellement, de conserves réglementaires avariées. La forme constante de ces intoxications légères est l'**urticaire**. Cette urticaire se borne à quelques plaques de larges papules ortiées, très prurigineuses, avec légers symptômes digestifs, coliques parfois, état saburral toujours. La diarrhée, les vomissements sont exceptionnels. Le talc, l'amidon, les pommades très faiblement boriquées ou mentholées peuvent servir à calmer le prurit. La guérison s'obtient plus rapidement par l'administration d'un purgatif salin, suivie, si l'intoxication se montre plus grave, de désinfection intestinale (sulfate de soude, salol, ou mieux, calomel).

DERMATOSES NON PARASITAIRES D'ORIGINE EXTERNE

Sous ce titre nous dirons quelques mots des hyperhydroses, des éruptions sudorales et flanellaires, des brûlures et gelures.

Les **brûlures** nous arrêteront peu ; elles n'ont ici rien de particulier. Dues le plus souvent à la chute de la marmite à soupe, elles sont souvent un mode de maladie provoquée. Si elles ne dépassent pas le deuxième degré, le traitement par pansement gras avec, le cas échéant, ouverture des phlyctènes, dont on conserve la pellicule, en viendra vite à bout. Si elles sont très étendues ou s'accompagnent de phénomènes généraux graves, elles commandent l'évacuation et ne sont plus de notre ressort.

Les **gelures graves** ne sont pas non plus traitées au corps. Mais nous avons souvent à nous occuper des **engelures** légères banales des mains ou des pieds. Erythème, brûlure et prurit intenses, gonflement du doigt ou du pied tout entier, le diagnostic s'impose. Il faut bien connaître une forme spéciale qui affecte le talon, le tendon d'Achille, provoquant un œdème considérable aboutissant souvent à une

excoriation au niveau du pli de la chaussure, et s'accompagnant d'un certain degré d'inflammation douloureuse du tendon et de sa gaîne. Cette forme est lente à guérir. Les massages légers à l'huile camphrée suivis d'un enveloppement gras de tout le pied, en viennent à bout après un temps plus ou moins long, mais la ténonite persiste quelquefois longtemps après la disparition apparente des lésions, se traduisant par des douleurs, une sensation de *dépoli* à la palpation du tendon en mouvement, un léger gonflement local, surtout sensible à la palpation. Le traitement consiste en massages et pédiluves chauds ; mais le repos et la suppression de la chaussure sont indispensables. Et longtemps après la peau continue à desquammer en larges plaques cornées.

Au point de vue prophylactique, la meilleure méthode consiste à éviter autant que possible la molletière serrée ou les chaussures étroites, à porter des gants et des chaussettes graissés, à éviter les longues stations au froid les pieds dans la boue. Cette dernière condition étant difficile à réaliser, on se trouvera bien d'écourter les factions, de faire déchausser les hommes souvent, au moins une fois par jour en tous cas. Les pieds seront séchés et graissés après avoir subi quelques massages ou frictions légères et après qu'on les aura fait jouer jusqu'à ce que la circulation soit bien régulière. Il y faudra une surveillance attentive, car le pied qui subit un commencement de gelure est gonflé et douloureux ; il est

presqu'aussi pénible d'ôter la chaussure que de la remettre, et si l'ordre n'est pas formel l'homme hésite à l'exécuter.

Les **éruptions flanellaires** apparaissent surtout en été. Elles sont la conséquence d'une sudation exagérée et affectent alors la forme d'un *érythème* étendu à tout le tronc, semé parfois de fines vésicules miliaires. L'*érythème flanellaire* proprement dit, moins bien expliqué, est généralement dû au port d'une flanelle de laine rude, irritante par sa propre rugosité. Mais il s'y ajoute certainement un élément exogène, car il n'apparaît généralement qu'avec le port d'une flanelle neuve, n'ayant pas encore été lavée. Ces érythèmes nous sont montrés à cause du *prurit* qu'ils provoquent, dans la crainte d'une parasitose. La confusion n'est pas possible, car si les lésions de grattage, d'ailleurs de localisation quelconque, sont suffisantes pour la provoquer, c'est généralement par suite d'une parasitose surajoutée. Les érythèmes *toxiques* ou *médicamenteux* seuls pourraient faire errer le diagnostic ; mais la topographie des lésions et les anamnestiques le redressent promptement.

La grande lésion du fantassin, c'est l'**hyperhydrose plantaire** et sa lésion-sœur, l'**excoriation**. La sudation exagérée, l'échauffement du pied par la marche dans une chaussure serrée, qu'aggravent des chaussettes de laine, provoquent un gonflement du pied qui devient rouge et douloureux. Puis, la cause persistant, les téguments macèrent dans leur pro-

pre sueur, il se forme des plaques violacées, d'autres blanchâtres où l'épiderme s'effrite, des fissures. Enfin l'**excoriation** se constitue, facilitée et aggravée par la malpropreté du pied. Ces fissures et ces excoriations sont fréquentes entre les orteils, à leurs plis de flexion, mais surtout à la face postérieure du talon, où la chaussure frotte davantage. Cette dernière surtout est très douloureuse.

Dans ses formes bénignes du début, l'**hyperhydrose plantaire** est très curable. Mais on obtient difficilement la guérison définitive. L'indication est d'épaissir la semelle cornée du pied, d'endurcir l'épiderme et de diminuer la sécrétion sudorale. La première indication sera remplie par différents procédés. Celui des lotions de **formol**, si répandu, nous semble peu recommandable. Si la solution formolée est concentrée, son application est très douloureuse et peut causer de véritables brûlures. Au cas contraire elle est inefficace. Les solutions d'**alun**, guère plus efficaces, sont au moins inoffensives. Les meilleurs résultats nous ont paru s'obtenir par les solutions fortes (1/1000 ou même plus concentrées) de **permanganate** de potasse. L'inconvénient, léger, en est la couleur qu'elles donnent aux téguments. Mais, quel que soit le procédé, il faut une véritable cure de plusieurs jours, chaque lotion étant suivie d'un séchage parfait. Nous recommandons même de faire suivre le séchage d'une application de poudre inerte ou desséchante telle que le talc ou mieux la formule suivante :

Talc.
Salicylate de bismuth. } aâ
Oxyde de zinc.

Dans les cas légers, les soins de propreté les plus stricts, toujours nécessaires, mais pour lesquels on emploiera de préférence l'eau froide, suivis de l'application de cette poudre, nous ont toujours donné de bons résultats. Cette formule a encore l'avantage de supprimer la cause en diminuant la sécrétion sudorale. En outre, cette poudre est désodorisante : elle atténue et arrive même à faire disparaître la bromhydrose (fétidité) quand elle existe.

L'**excoriation** du pied, celle surtout du talon, est douloureuse et tenace. Ulcération généralement circulaire, à fond rouge, peu saignant, à bords décollés et généralement abondamment cornés, elle suppure rarement mais présente souvent un léger suintement séreux ou séro-purulent. L'épidermisation en est lente ; on la favorisera, malgré la douleur vive, mais peu durable, de l'opération en régularisant les bords de la plaie aux ciseaux ou au bistouri et en la touchant légèrement à la *teinture d'iode* dédoublée (formulaire militaire) ou avec une solution saturée d'*acide picrique*. Ensuite elle sera pansée à plat. Les bandelettes imbriquées de diachylon ne donnent guère de bons résultats et entraînent souvent la suppuration. Nous leur préférons la *vaseline au tannin* ou mieux la pommade à l'*oxyde de zinc*. Il faut en bourrer toute la plaie et même la déborder

largement de façon à éviter tout frottement du pansement. Celui-ci est un large pansement ouaté (avec interposition d'une gaze aseptique). Enfin la chaussure sera supprimée, remplacée par des chaussons ou des sabots et le pied mis au repos.

Nous considérons l'**érythème intertrigo**, tel que nous l'observons, comme dû à la sueur. En effet nous avons le plus souvent constaté cette lésion en des endroits à peau fine, scrotum et face interne de la base de la cuisse, consécutivement à de longues marches ayant entraîné une sudation abondante accompagnée de frottement. C'est un érythème intense, très prurigineux, souvent assez abondamment suintant, qui affecte généralement une forme demi-circulaire assez curieuse, comme si les bourses avaient déteint en rouge sur la base de chaque cuisse, car l'intertrigo dépasse peu la zone de frottement du scrotum. La lésion entraîne des douleurs qui atteignent parfois l'intensité de vraies brûlures, gênent beaucoup la marche et obligent le sujet à marcher les jambes écartées. Au reste cette lésion ne nous paraît pas être une entité morbide bien définie, car elle affecte des allures variables, simple érythème, eczéma suintant, ou affection d'apparence mycosique, polycyclique, circinée.

Généralement peu durable, cessant par les soins de propreté, les poudrages desséchants et de petits procédés mécaniques comme la suspension des bourses sur un linge fin poudré de talc pour éviter ou atténuer les frottements, cet érythème peut se montrer

plus sérieux ; il exige alors le repos absolu et l'emploi de topiques plus énergiques tels que le *goudron* ou le *glycérolé cadique*, à employer toujours faible au contact de la fine peau du scrotum. Comme dans toutes les lésions eczématiformes et suintantes, il faut employer l'eau avec modération et sécher minutieusement la peau avant d'appliquer la pommade.

Enfin, dans certains cas, il peut se produire le passage à l'état chronique avec un certain degré de lichénification. La peau perd sa souplesse, devient épaisse, ridée, présentant les facettes brillantes du lichen. Le prurit, généralement supportable, présente de pénibles exaspérations et la médication que nous pouvons faire est presque purement symptomatique. *L'oxyde de zinc* se montre d'effet nul, le *menthol* irrite au lieu de montrer ses habituelles qualités antiprurigineuses. Le *goudron,* pur ou mitigé, donne de bons résultats ; malheureusement nous ne possédons, en faible quantité, que du goudron végétal et non l'irremplaçable goudron de houille. Nous n'avons jamais eu recours aux *scarifications*, thérapeutique délicate et de longue haleine, qui ne peut être entreprise au poste de secours.

ECZÉMA

La grande famille des **eczémas**, si importante en pratique courante, nous arrêtera peu. Non qu'elle ne soit intéressante, mais parce que nous disons ce que nous avons vu, et nous avons peu eu l'occasion d'en voir. Jamais ici de ces vastes placards d'eczéma suintant qui désespèrent le médecin. Les rares formes observées sont :

1° *L'eczéma du conduit auditif externe*, rare ;

2° *L'eczéma chronique* plus ou moins *lichénifié*, fréquemment consécutif à des lésions de grattage (gale). Nous avons vu ailleurs l'intertrigo et l'eczématisation chronique qui peut en être le résultat.

L'eczéma du conduit auditif externe est un peu spécial. Il se reconnaît à première vue. Souvent consécutif à une vieille otorrhée négligée ou méconnue, il impliquera souvent après sa guérison l'examen de l'otologiste pour éviter les graves accidents du réchauffement de l'otite. Jamais d'eau dans ces oreilles eczématisées : on déterge les squames avec des onctions et des mèches vaselinées et on traite la lésion ainsi nettoyée par les attouchements boriqués ou mieux boratés suivis de pansements secs. Là se

bornera l'action du médecin régimentaire. L'auriste la complètera s'il y a lieu, car l'eczéma ne se guérira jamais complètement si l'otorrhée persiste.

L'eczéma chronique sec, consécutif aux lésions de grattage, affecte spécialement les plis de flexion, jarret, coude, aisselle. La lésion, moyennement prurigineuse, est sujette à des poussées aiguës. Sur la plaque indurée, parfois craquelée, s'élèvent de temps à autre de petites vésicules qui s'accompagnent de vives démangeaisons, se crèvent, laissent échapper quelques gouttes de sérosité, puis forment une légère croûtelle qui tombe rapidement. Le traitement de la lichénification, nous l'avons dit, est impossible au corps. Le traitement symptomatique des poussées consiste à panser la lésion avec une assez forte épaisseur de pommade à l'oxyde de zinc ; c'est surtout, en somme, la mettre à l'abri et lui éviter les frottements. Aussi avons-nous facilement obtenu le même résultat en la recouvrant entièrement d'une vaste plaque de sparadrap caoutchouté à l'oxyde de zinc, laissée en place jusqu'à cessation de la crise aiguë, renouvelée pourtant chaque fois que le suintement des vésicules en diminuait l'adhérence. En ce cas, avant d'appliquer un nouveau sparadrap, on faisait un lavage soigneux suivi d'un bon séchage et d'un attouchement léger des vésicules à l'iode, si la sérosité paraissait vouloir tendre à la suppuration, ce qui est exceptionnel.

PYODERMITES

Sous le nom de **pyodermites**, nous grouperons, d'une façon peut-être un peu abusivement extensive, toutes les lésions de la peau qui comportent du pus ou de la sérosité purulente, depuis la vésico-pustule de l'*acné banale* jusqu'à l'*anthrax*. Aussi bien, malgré la diversité d'origine et des aspects cliniques, ces affections ressortissent toutes à la pullulation en surface du derme d'un microorganisme, généralement le staphylocoque doré, et avec quelques variantes le traitement que nous leur appliquons est le même.

Nous traiterons à part l'**impétigo**. Nous n'avons jamais observé d'impétigo pur, mais des lésions impétigineuses du cuir chevelu, le plus souvent consécutives à une phtiriase, lésions croûteuses peu suppuratives, en plaques disséminées. Le traitement doit être précédé d'un savonnage soigneux au savon blanc, car généralement le malade prend prétexte de sa lésion pour cesser les soins de propreté et l'impétigo s'accompagne d'une saleté repoussante de la tête. Puis les croûtes sont largement enduites de vaseline qui en entraîne la chûte rapide. Quelques

lotions alcooliques légèrement soufrées (10 o/o) suffiront à achever la guérison.

L'**ecthyma**, maladie de misère, est fréquent chez les soldats fatigués. Le froid le favorise et le rend plus rebelle au traitement. Le premier aspect est celui d'une lésion impétigineuse, à laquelle succède rapidement une ulcération plus ou moins profonde, irrégulière, ayant peu de tendance à la cicatrisation. Le premier traitement consiste donc à faire tomber les croûtes, soit avec la vaseline pure, ou plutôt, surtout s'il y a une zone inflammatoire, ce qui n'est pas rare, avec de larges pansements humides chauds légèrement oxygénés et fréquemment renouvelés. Quand l'ulcération est détergée, un attouchement à la teinture d'iode faible en assurera la désinfection. Puis on la pansera, soit comme une excoriation banale, en la bourrant de pommade à l'oxyde de zinc, soit, mieux, en la recouvrant d'emplâtre de Vigo (l'emplâtre de Vidal, au précipité rouge, préférable, manque dans nos approvisionnements). C'est dans le traitement de l'ulcération ecthymateuse que *l'acide picrique* montre le mieux ses qualités analgésiantes et cicatrisantes. Nous l'avons souvent employé en attouchements — jamais en pansements — avec un réel succès. On le complète par l'application d'un pansement sec ou gras. Enfin si la lésion suppure, elle sera justiciable du pansement humide.

La si vaste classe des **acnés** se montre bien réduite pour nous. Les acnés comédon, couperose, miliaire,

rosacée, hypertrophique sont ou rares ou sans intérêt pour nous puisque la gêne qui en résulte est minime et presqu'uniquement d'ordre esthétique. Nous n'avons donc en vue que l'*acné banale* si elle est très étendue et localisée à la région supérieure du dos, ce qui peut devenir gênant par les réactions inflammatoires au port du sac, l'*acné nécrotique*, l'*acné varioliforme*, l'*acné chéloïdienne*.

On connaît l'aspect de l'**acné banale**, ses petites papules rougeâtres surmontées d'une vésiculo-pustule, à peu près indolores, localisées surtout à la face et aux régions hautes du thorax, susceptibles de s'enflammer et de se transformer en véritables folliculites très superficielles. Dans ses formes bénignes, l'**acné nécrotique** présente le même aspect clinique au début. Puis la vésicule devient pustule, s'ombilique. L'élimination de son contenu laisse une croûte dont la chute est suivie d'une cicatrice persistante très analogue à la cicatrice variolique. Dans ses formes sévères, **acné varioliforme**, l'éruption est plus étendue, plus généralisée, très rebelle, en poussées successives. L'inflammation est plus vive, la pustule plus étendue et plus douloureuse ; l'ulcération consécutive profonde, analogue à une ulcération d'ecthyma, la cicatrice étendue, parfois indurée, souvent hypertrophique. C'est avec cette forme que se confond généralement l'**acné chéloïdienne**. Le processus de cicatrisation s'exagère, dépasse les limites, et la cicatrice, au lieu d'être blanche et souple, forme un nodule fibreux saillant, parfois prurigineux, qui

reste fortement pigmenté et ne présente plus de tendance à la résorption.

L'**acné**, sous toutes ses formes, est avant tout une maladie des peaux grasses. Séborrhée d'une part, obstruction des canaux excréteurs d'autre part, il n'en faut pas plus pour constituer cette folliculite en miniature. Nous étudierons donc son traitement avec les folliculites, en signalant seulement les points particuliers. L'essentiel est la lutte contre la *séborrhée*. Deux médicaments, **savon** et **soufre**. Mais ici le **savon** s'emploie d'autre façon. Assurément les grands savonnages au savon blanc seront toujours utiles pour décaper, désobstruer les canaux excréteurs des glandes sébacées et dans une certaine mesure éviter pustulation et folliculite. Mais nous savons, l'étude d'un comédon par exemple le montre, que le bouchon sébacé qui se forme dans l'acné est particulièrement dur, presque crétifié, et qu'il nous faudra agir d'une façon plus énergique et plus locale. C'est donc au savon noir de potasse qu'il faudra nous adresser. Nous l'emploierons localement sur les lésions. Sans chercher ici l'exfoliation profonde, presque décortication, qui est nécessaire dans l'acné hypertrophique, nous tendrons cependant au même résultat à échelle réduite. L'excellente formule de notre maître le Dr Thibierge réunit le savon au soufre et donne des résultats intéressants. La voici :

Soufre précipité.....	15 gr.
Goudron végétal.....	10 gr,
Savon mou de potasse.....	45 gr.

Dans les cas bénins qui nous occupent seuls ici, elle nous paraît un peu trop exfoliante. Nous la modifierons donc quelque peu en remplaçant une partie du savon par de la vaseline. Ou si nous l'appliquons intégralement, ce sera pendant un temps limité, trois ou quatre heures, en la faisant suivre d'une lotion d'eau bouillie très chaude et d'une application de glycérolé d'amidon. Plus simplement, nous pourrons faire des applications de savon noir pur, complétées comme ci-dessus. Les manifestations acnéïques banales ou même nécrotiques résistent peu à ce traitement. Si elles y résistent et que la pustulation s'effectue, nous les traiterons comme des folliculites.

La **folliculite** est l'inflammation superficielle de l'appareil pilo-sébacé. Elle se présente généralement sous forme d'une petite papule, au sommet de laquelle on voit une vésicule blanchâtre ; il y a une légère zone inflammatoire. Cette vésicule suppure, devient pustule, s'ouvre, laisse échapper une goutte de pus, un microscopique bourbillon ; puis il se forme une croûte qui tombe rapidement et tout rentre dans l'ordre... avec une petite cicatrice. Très fréquente à la barbe et dans la moustache, elle se montre déplorablement récidivante et se resème par contiguité. Les complications sont rares. Cependant la folliculite peut prendre une allure plus grave. Tout l'appareil pilo-sébacé s'enflamme, donnant lieu à un véritable furoncle. Assez souvent on obtient la guérison simplement en surveillant la formation des vési-

cules. La barbe est soigneusement rasée et chaque vésicule, dès son apparition, est percée au vaccinostyle ou à la pointe fine du thermocautère, puis touchée à la teinture d'iode et recouverte d'une larme de vaseline à l'oxyde de zinc. Mais s'il y a quelques phénomènes inflammatoires ou si la folliculite siège sur une région glabre, nous la traiterons comme un furoncle.

Nous n'étudierons pas le **furoncle** et son aggravation, l'**anthrax**, au point de vue symptomatique. Nous n'avons en vue ici que sa thérapeutique. En accord avec les conclusions de la thèse récente de M. Pérol, nous refusons toute valeur aux traitements internes de la furonculose, à l'exception pourtant des **auto-vaccins** de **Wright**, méthode impraticable au corps de troupe. *Levure de bière*, *benzo-naphtol*, *soufre* par voie digestive ou par voie hypodermique en suspension colloïdale, ou même *étain* et sels d'étain, se sont montrés remarquablement inconstants. *L'iodure* donne des poussées au lieu de les calmer, *l'arsenic* semble parfois favorable. Sans doute nous avons eu des améliorations, par l'étain notamment, mais ces améliorations n'ont jamais été que temporaires, et nous avons eu un nombre au moins égal de mécomptes. Nous n'avons donc, jusqu'à plus ample informé, qu'à lutter contre le furoncle quand il se présente.

La médication dite abortive, à l'iode ou à l'iodacétone réussit rarement, employée seule. Si elle doit réussir, on s'en aperçoit dans les vingt-quatre heures. Mais

c'est autant de temps perdu pour essayer une autre méthode. Voici celle que nous employons généralement, avec un certain nombre de succès. Dès qu'une petite papule sensible ou prurigineuse, ou survenant chez un sujet suspect ou en poussée furonculeuse apparaît, nous lui appliquons une ventouse, que nous laissons en place jusqu'à ce que la région soit nettement congestionnée. Nous appliquons d'ailleurs le même traitement aux acnés étendues ou nécrotiques. Si la papule montre déjà sa pointe, sa vésicule terminale, cette vésicule reçoit auparavant une légère scarification au vaccinostyle. En ce cas on est souvent surpris de constater sous l'action de la ventouse l'élimination, avec une goutte de sang, d'une sorte de vermicule d'un gris verdâtre qui est l'ébauche d'un bourbillon. S'il y a eu scarification et écoulement de sang ou de pus, l'endroit est touché à l'iode. Sinon on peut s'en abstenir, mais mieux vaut recouvrir le tout, pour éviter les frottements toujours septiques, d'un pansement ou d'une rondelle de sparadrap à l'oxyde de zinc. Le frottement du pansement lui-même sera atténué par une légère couche de pommade de Reclus. Que le lendemain tout ne soit pas rentré dans l'ordre, il est trop tard pour espérer l'avortement du furoncle, et la place est au **pansement humide**, à l'exclusion de tout cataplasme. Ce pansement sera aseptique, très chaud, fait à l'eau bouillie, bien entendu, à laquelle on pourra ajouter quelques grammes d'eau oxygénée, et recouvert d'un imperméable. L'imperméable qu'on

nous fournit, épais tissu caoutchouté, est malcommode. En outre ses bords portant sur une peau saine mais macérée par l'eau chaude la sèment souvent de petites vésicules qui ne demandent qu'à devenir des furoncles. Aussi nous lui préférons une bonne couche de coton cardé, presqu'aussi imperméable et moins septique. Nous en sommes quittes pour renouveler le pansement aussi souvent qu'il est nécessaire pour le conserver très humide, très mouillé pourrions-nous dire, et suffisamment chaud. Les petites vésicules qui se produisent tout de même quelquefois, soit faute d'asepsie, soit action chimique d'eaux dont nous ne connaissons pas la composition, seront traitées comme il a été dit pour le traitement abortif du furoncle.

Nous employons peu le *bistouri*. Sous l'action du pansement humide le furoncle arrive généralement très vite à maturité, sans douleurs excessives, sans grands phénomènes généraux, et se vide très bien. Mais nous l'aidons volontiers à éliminer son bourbillon par l'application de ventouses ou en le saisissant directement avec une pince fine, employant le moins possible l'expression qui, brutale et douloureuse, contusionne des tissus déjà malades et enflammés. Le furoncle une fois vidé nous continuons les pansements humides pendant deux ou trois jours, et c'est seulement quand le pansement n'est plus souillé, ou ne l'est que de sérosité purulente, que nous complétons la cicatrisation soit par la **pommade de Reclus**

dont on bourre largement la plaie, soit quelquefois par l'iode et les pansements secs.

Il est rare qu'un furoncle ainsi traité ne reste pas seul, au moins pour un temps assez long ; et nous sommes persuadé que de nombreux furonculeux rendraient leur infirmité très supportable s'ils voulaient se soumettre régulièrement à ce traitement méthodique dès les premiers symptômes.

Avant de clore ce chapitre sur les pyodermites, nous voudrions décrire un aspect clinique qu'elles présentent avec une remarquable fréquence.

Chez un malade généralement de santé médiocre, en état de fatigue, ou prédisposé, apparaît tout à coup un point douloureux sur le tégument. Les avant-bras et les mains en sont souvent le siège, la face n'est pas épargnée. En quelques heures ce point douloureux s'accompagne d'un placard rouge, congestif, d'une dimension variant de celle d'une lentille à celle d'une pièce de cinquante centimes. La plupart du temps ce placard est uniformément rouge au début, sans qu'on y puisse trouver d'orifice ou de point saillant. Le lendemain, une toute petite vésicule s'est formée au centre de la tache. Cette vésicule, très superficielle, se crève, spontanément ou artificiellement, laisse échapper une goutte de pus, et l'épiderme qui la recouvrait disparaît, laissant à quelques millimètres de là une collerette blanchâtre, épidermique, qui n'atteint pas le bord de la zone érythémateuse. On s'aperçoit alors que sous cette vésicule superficielle et, pour ainsi dire, indépendant

d'elle, existe un pertuis circulaire très étroit, bouché d'un bourbillon verdâtre. On cherche à exprimer ce bourbillon, impossible. On veut l'enlever à la pince, il ne vient pas, donnant l'impression d'une substance pulvérulente agglomérée en un vermicule friable : aucun suintement. La ventouse cependant, quelquefois après plusieurs jours de pansements humides, arrive enfin à enlever ce bourbillon très petit. En dessous, la plaie est sèche, rouge, présentant un pertuis comme taillé à l'emporte-pièce et dont la profondeur peut atteindre un centimètre. L'ensemble est très douloureux, surtout à la main, où les irradiations douloureuses s'étendent aux doigts, à l'avant-bras, sans trace cependant de réaction lymphatique. Cela donne un peu l'impression d'une piqûre non septique d'insecte venimeux, bien que cette cause ne puisse être que rarement invoquée et que l'origine paraisse plutôt interne. Le traitement est analogue à celui préconisé pour le furoncle. Sous l'influence des pansements humides la zone inflammatoire disparaît et il ne reste qu'une cicatrice assez petite, d'abord pigmentée, puis blanche et molle, au milieu de laquelle on reconnaît la place du pertuis par un point particulièrement blanc. Dans d'autres cas, dès l'élimination du bourbillon la plaie se referme, mais il persiste un nodule dur ou demi-mou et indolent, analogue à une suppuration tiède, qui met très longtemps à se résorber, d'ailleurs complètement. Quelquefois même tout le processus se borne à ce nodule inflammatoire sans trace d'orifice, qui se

résorbe lentement sans laisser de trace, parfois entraînant pendant quelque temps la desquamation de l'épiderme sus-jacent. Nous n'avons pû savoir quel microbe pyogène était en cause. Il ne semble pas que ce soit un staphylocoque ; malheureusement nous n'avions aucun moyen de faire des recherches bactériologiques.

DERMITES ARTIFICIELLES

Les **dermites artificielles** aux Armées reconnaissent deux catégories de causes. Le contact plus ou moins prolongé avec les substances irritantes ou vésicantes peut-être *accidentel*, le fait du service même ou d'une thérapeutique spéciale, ou *volontaire*, dans un but de simulation.

Nous avons déjà vu les érythèmes toxi-infectieux dus à l'application d'onguent gris ou à l'ingestion de certains médicaments. Ce ne sont pas à proprement parler des dermites artificielles mais des incidents thérapeutiques. Les plus fréquentes des dermites accidentelles sont l'eczéma des mains chez les cuisiniers ou les irritations locales par la graisse d'armes. Généralement bornées à un érythème qui cède aux soins de propreté et à la suppression de la cause, elles peuvent aboutir à la pyodermite.

Plus intéressantes sont les lésions provoquées dans un but de simulation. Elles affectent généralement quatre formes principales ; *brûlure* par un *liquide bouillant*, *brûlure* locale et profonde par application d'un *caustique*, *érythème* étendu parfois semé de vésicules citrines par application d'une *substance*

irritante ou vésicante; *abcès*. Le caractère commun de toutes ces lésions est leur localisation constante en des points que le malade peut atteindre facilement et leur résistance au traitement si le patient ne peut être surveillé.

Les **brûlures par liquide bouillant** frappent généralement les membres inférieurs et surtout les pieds. Ce sont des brûlures du deuxième degré, souvent assez étendues, mais ne présentant rien de particulier.

Les **érythèmes et vésications**, localisés aux jambes, à la face antérieure des cuisses, aux avant-bras, sont fréquemment dus à l'application de thapsia. Toutes les substances irritantes, térébenthine, ammoniaque, iode, pétrole peuvent les causer et les ressources inventives des malades sont infinies. Ces mêmes substances sont souvent employées pour la provocation d'abcès aseptiques, dont l'origine est fréquemment reconnue par l'odeur du pus qui s'écoule à l'incision. Le soupçon naît rapidement dans l'esprit du médecin ; mais la certitude matérielle ne peut s'acquérir que par l'enquête administrative qui fait découvrir dans le paquetage du malade la substance employée, dont il ne peut normalement expliquer la présence. C'est d'ailleurs le meilleur moyen de guérir ces malades, leur surveillance stricte étant toujours difficile et cependant seule capable de les empêcher de toucher à leur pansement.

Les **brûlures par caustiques** sont des plaies

irrégulières, assez profondes, analogues à celles qui se montrent après la chute d'une escharre superficielle, rappelant l'ulcération de l'ecthyma. L'atonie et le peu de tendance à la cicatrisation de ces plaies sans origine connue, ou pour lesquelles l'origine invoquée est manifestement fausse, est assez caractéristique, de même que leur localisation aux points de facile accès. L'observation suivante montre une modalité fréquente des accidents.

Observation. — B..., évacué pour bronchite aiguë, rentre au corps après un congé de convalescence. Il se plaint de souffrir de plaies de la jambe gauche. Effectivement il présente au tiers supérieur de la jambe gauche trois plaies superficielles des dimensions d'une pièce de cinquante centimes, à contour irrégulier, bords décollés, fond grisâtre et sanieux laissant couler une sérosité purulente sans odeur, assez abondante. Ces plaies, nettoyées, montrent un fond rouge, un peu déteint, bourgeonnant. Le malade ne sait dire comment elles ont débuté : il les déclare douloureuses. Le traitement local, pansements humides les deux premiers jours, puis pansements à la pommade de Reclus reste sans résultat : au contraire les plaies semblent tendre à s'agrandir. Cependant le membre n'est pas variqueux. A ce moment le malade se déclare syphilitique. Comme trace de cette affection il ne présente qu'une cicatrice sur le fourreau de la verge, cicatrice irrégulière, molle, blanche, entourée de quelques points pigmentés, qui ne paraît nullement caractéristique. Cependant à tout hasard il lui est fait une prise de sang et nous organisons le traitement spécifique par pilules de protoïo-

dure cependant que les plaies sont directement traitées par applications d'acide picrique. A ce moment nous nous absentons pendant une quinzaine de jours. A notre retour, le traitement ayant été intégralement maintenu sur les mêmes bases, les plaies sont entièrement cicatrisées, mais la jambe présente un érythème très étendu, avec fort œdème de toute la jambe. Sur cet érythème rouge sombre se détachent quelques vésicules et quelques squames ; le malade accuse une douleur vive. Pensant à un érythème toxique d'origine interne (Hg), bien peu vraisemblable étant donné sa localisation à un seul segment de membre, ou d'origine externe (acide picrique), la réaction de Bordet-Wassermann s'étant montrée négative, nous interrompons le traitement spécifique et nous bornons à recommander le repos et à envelopper la jambe dans un pansement ouaté avec une légère couche de vaseline à l'oxyde de zinc. Les symptômes s'amendent lorsque deux jours plus tard le malade nous signale un placard eczémateux à chacun des coudes. C'est un eczéma sec, croûteux, à larges squames. Là aussi il est fait des onctions de vaseline à l'oxyde de zinc avec enveloppement, mais sans aucune amélioration pendant une dizaine de jours. A ce moment nous faisons comprendre au malade que nous suspectons son intervention dans la prolongation des accidents. Dès lors l'amélioration se fit manifeste. La guérison était presque complète quand le malade, ayant trouvé un emploi de son goût, cessa de venir à la visite.

Quelle pouvait être l'origine de ces plaies d'abord, de cet érythème étendu ensuite ? Il nous a été impossible de le savoir. Quand nos soupçons eurent pris corps, nous avions commencé une enquête. Mais l'on sait quelle prudence il faut

dans de pareilles accusations, pour lesquelles le conseil de guerre s'impose et se montre généralement sévère. Le malade ayant cessé de venir à la visite et repris son service, nous ne crûmes pas devoir continuer l'enquête. Les plaies originelles avaient toutes les apparences d'être dues à l'application d'un caustique, mais nous n'en avons pas vu le début. L'érythème consécutif pouvait être dû aux applications trop prolongées ou mal faites d'acide picrique, mais il eût dû disparaître rapidement avec la suppression de la cause et les pansements gras. Or il ne disparut que quand le malade se vit démasqué par l'annonce du Wassermann négatif et l'opinion exprimée qu'il provoquait lui même sa maladie. Et dès ce moment la guérison survint avec une étonnante rapidité.

Ces faits sont assez rares, mais leur rareté est en partie fonction du soin que met le médecin à les dépister et à ne pas s'y laisser prendre. Dans notre régiment précédent, nous avons vu de vraies épidémies de dermites, que nous avons après coup supposées artificielles, cesser du jour où, malgré la gravité apparente de certains cas nous nous décidâmes à les traiter au corps au lieu de les évacuer. La fin ne pouvant plus être atteinte, le moyen fut abandonné.

Nous avons dit plus haut combien il nous paraissait nécessaire d'être prudent avant de porter le diagnostic de lésion provoquée. C'est qu'en effet nous avons toujours présent à la mémoire un fait qui s'est produit dans notre premier régiment, en janvier 1915.

Un homme se présente à la visite souffrant du genou et prétendant être tombé. Or, à l'examen du genou, on découvre non pas une plaie ou une contusion, mais une lésion qui présente tous les caractères d'une brûlure du deuxième degré. Large phlyctène, de la dimension d'une paume de main, siégeant non pas à la pointe de la rotule, mais nettement au-dessus, dans une région qui ne porte pas sur le sol normalement dans une chute sur le genou. Cette phlyctène, vidée de son contenu et affaissée, ne laisse plus voir que sa fine pellicule grisâtre. Au-dessous, un épiderme rose, léger, de nouvelle formation. Tout autour une ligne rouge, inflammatoire.

La seule opinion possible, telle qu'elle fut exprimée par d'autres médecins et par nous-même à la demande du médecin traitant, était que la lésion : 1° n'avait rien d'une contusion par chute ; 2° présentait toutes les apparences d'une brûlure du deuxième degré. Comme il y avait une épidémie de brûlures « accidentelles » au régiment à cette époque, ce soldat passa en conseil de guerre et fut condamné à six mois de prison. Or c'était un bon soldat, qui a toujours protesté de son innocence. L'enquête officielle ne put rien apprendre. L'enquête officieuse se montra également muette. Cependant l'opinion générale, qui entraîne la nôtre malgré les apparence cliniques, fut qu'il n'avait pas volontairement provoqué sa lésion, bien que les causes en restassent obscures.

Depuis ce fait, nous nous sommes juré de ne parler de simulation ou de maladie provoquée que lorsque nous aurions pu réunir nous-même les preuves entraînant la certitude matérielle du fait, en dehors des présomptions cliniques.

CONCLUSIONS

Des différentes constatations que nous avons résumées dans les chapitres précédents, nous pouvons tirer un certain nombre de conclusions :

1° Les dermatoses proprement dites sont rares aux Armées et sans action sur le service courant. Il n'en est pas de même des dermatoses parasitaires et des pyodermites qui, avec leurs complications, représentent plus du tiers des indisponibilités pour maladies soignées au corps.

2° Sans être dangereuses par elles-mêmes, car les complications sont rarement graves, ces affections cutanées sont très gênantes et douloureuses. Elles récidivent facilement chez un même individu qui devient ainsi une sorte d'infirme léger.

3° Le médecin de corps de troupe peut et doit lutter contre ces affections. La lutte prophylactique sera surtout hygiénique ; elle consistera essentiellement dans l'organisation des soins corporels (bains-douches, visites de santé) et de l'hygiène des cantonnements (logements de troupe, locaux généraux, cuisines, feuillées, etc). La lutte thérapeutique trouve de nombreuses ressources dans un arsenal médicamenteux plus que suffisant.

4° En ce qui concerne les pyodermites, les résultats les meilleurs sont généralement obtenus en bornant la thérapeutique aux moyens suivants :

a) Ventouse (méthode de Bier).

b) Teinture d'iode.

c) Bistouri et thermocautère.

d) Pansement humide à l'eau bouillie simple, aseptique, non antiseptique.

e) Pommade à l'oxyde de zinc faible 10 o/o.

f) Pommade de Reclus.

5° Les autres dermatoses sont justiciables de moyens variés qui ne diffèrent pas de ceux employés dans la pratique civile. Nous rappelons que les plus fréquentes sont les dermatoses parasitaires et les toxi-infections alimentaires.

6° Il faut toujours, en pratique militaire, penser aux lésions provoquées, mais aussi se montrer prudent dans des conclusions qui doivent être solidement basées car elles entraînent les sanctions les plus graves.

Vu : Le Président de la thèse
ROGER

Vu : Le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

La pratique dermatologique.

Audry, Durand, Nicolas. — Traitement des maladies cutanées et vénériennes.

Aragon. — Presse médicale, 1899. T. I, p. 282.

Brocq. — Traité élém. de dermatologie pratique.

— Presse médicale, 1899. T. I, p. 45.

Brisson. — Quelques considérations sur l'action du soufre en dermatologie (Ann. derm. et syph. Paris 1910).

Couturieux. — Presse médicale, 1899, T. I, p. 234.

Du Castel (J.). — Soc. méd. hôpitaux, 18 janvier 1918.

Debouzy. — Journ. méd. et chir. pratiques, 1894, p. 476.

Dubreuilh. — Précis de dermatologie.

Fiessinger. — La thérap. en 20 médicaments.

Forgue. — Précis de pathologie externe.

Gougerot (H.). — La dermatologie en clientèle.

Hallopeau et Leredde. — Traité prat. de dermatologie.

Laurens (G.). — Oto-rhino-laryngologie du méd. praticien.

Pérol (M.). — Sur un traitement nouveau de la furonculose Thèse de Paris, 1917).

Tenesson. — Dermatoses suppuratives (Un. méd. 1893. Paris).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
1° Avant-propos	11
2° Statistique	15
3° Causes de la fréquence des dermatoses	17
4° Thérapeutique : *a*) Hygiène alimentaire	22
b) Thérapeutique médicamenteuse interne	23
c) Hygiène générale	24
d) Thérapeutique médicamenteuse externe	27
5° Formes cliniques	33
6° Dermatoses proprement dites	34
7° Dermatoses parasitaires : *a*) Gale	38
b) Phtiriases	42
8° Dermatoses alimentaires	46
9° Dermatoses non parasitaires, d'origine externe	47
10° Eczéma	54
11° Pyodermites : *a*) Impétigo	56
b) Ecthyma	57
c) Acné	57
d) Folliculite	60
e) Furoncle et anthrax	61
12° Dermites artificielles	67
13° Conclusions	73
14° Bibliographie	75

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 3840-18.